

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**  
**( Н И У « Б е л Г У » )**

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

**ЦМК клинических дисциплин**

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ АКУШЕРКИ В  
ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ  
ПИЕЛОНЕФРИТЕ**

**Дипломная работа студентки**

**очной формы обучения  
специальности 31.02.02 акушерское дело  
4 курса группы 03051528  
Шумаевой Эвелины Александровны**

Научный руководитель  
преподаватель Бухарина С.А.

Рецензент врач акушер-гинеколог  
ОГБУЗ «Областной перинатальный  
центр» г. Белгорода  
С.Ю. Ласкаев

**БЕЛГОРОД 2019**

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ И ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПАЦИЕНТОК С ПИЕЛОНЕФРИТОМ.....	6
1.1. Этиология и патогенез пиелонефрита во время беременности.....	6
1.2. Классификация и эпидемиология пиелонефрита .....	9
1.3. Клиническая картина пиелонефрита во время беременности .....	11
1.4. Диагностика пиелонефрита у беременных.....	13
1.5. Лечение беременных с пиелонефритом .....	16
1.6. Осложнения пиелонефрита во время беременности.....	18
1.7. Профилактика осложнений пиелонефрита .....	19
ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ И ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПАЦИЕНТОК С ПИЕЛОНЕФРИТОМ .....	23
2.1. Материалы и методы исследования.....	23
2.2. Результаты исследования.....	23
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	40
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	42
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	44

## ВВЕДЕНИЕ

Женщины репродуктивного возраста особенно часто подвергаются воспалительным заболеваниям почек. Самым значимым из всех факторов служит беременность и роды, а самое частое заболевание почек во время беременности – пиелонефрит. Он представляет собой воспалительный процесс, проходящий в интерстиции и лоханке почки, и вызывается многочисленным количеством микроорганизмов. Само по себе сочетанное развитие пиелонефрита и беременности значительно увеличивает риски возникновения и развития послеродовых воспалительных осложнений, которые дают о себе знать почти у 25 - 35% родильниц.

В структуре материнской смертности самое первое место занимают экстрагенитальные патологии, их частота 27%, второе место в структуре смертности занимают кровотечения, их частота 26%.

Вероятность заболевания беременных пиелонефритом – 2 – 11%. Стоит отметить, что чаще всего пиелонефрит возникает у беременных во II триместре (45%), его почти не диагностируют у родильниц (11%), а у рожениц пиелонефрит отмечается в 23%.

Новорождённые от матерей с пиелонефритом в значительной степени подвергаются заболеваниям послеродового гнойно – септического характера. Но стоит отметить, что за последние несколько лет заболеваемость беременных женщин пиелонефритом значительно снизилась, тем самым на данный момент составляет 15 – 18%.

Актуальность выбранной темы заключается в том, что пиелонефрит у беременных на данный момент представляет наиболее распространённую патологию, а следовательно главная задача акушерки состоит, в профилактике самого пиелонефрита, что включает в себя проведение с беременными женщинами санитарно – просветительной работы как в женской консультации, так и в самом стационаре, беседы с женщинами, которые находятся на этапе планирования беременности, а также с беременными, своевременную и

полноценную диагностику и (при наличии пиелонефрита) обеспечение полного лечения как во время беременности, так и после родов, а так же профилактику рецидивов.

**Целью** работы является изучение и оценка особенностей течения беременности и родов у пациенток с пиелонефритом.

**Задачами** исследования явились:

1. Изучение теоретических аспектов по вопросам влияния пиелонефрита на течение всей беременности и родов.
2. Анализ полученных данных в ходе анализа историй.
3. Выработка необходимых рекомендаций по вопросам профилактики вероятных осложнений при пиелонефрите для акушерки и для беременных.

**Объект** исследования: осложнения, возникающие в период беременности на фоне пиелонефрита, а также профилактика этих осложнений.

**Предмет** исследования: профессиональная деятельность акушерки в вопросах профилактики осложнений беременности и родов при пиелонефрите.

Для написания ВКР были использованы следующие методы исследования:

1. Теоретический - анализ литературных источников и интернет ресурсов.
2. Эмпирический – наблюдение, изучение медицинской документации.
3. Социологический – анализ анкетирования и анамнестических сведений.

**Практической значимостью** данного исследования является то, что подробное раскрытие и анализ материалов по вопросам рациональной профилактики осложнений у беременных и родильниц, позволит повысить качество акушерской помощи, оказываемой в женских консультациях и в стационарах.

Дипломная работа состоит из введения, первой и второй глав, заключения, списка использованных источников и литературы, а также приложения.

Первая глава содержит данные теоретических аспектов влияния пиелонефрита на течение беременности и родов и их анализ.

Во второй главе по результатам собственного исследования выявлена частота и структура возникших осложнений беременности и родов с пиелонефритом, отражены результаты анкетирования родильниц.

Работа представлена на 50 страницах, имеет список использованных источников, включающий 10 наименований, 30 рисунков.

В качестве приложений представлены анкета, 2 памятки для проведения санитарно-просветительской работы, аннотация к видео.

# **ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ И ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПАЦИЕНТОК С ПИЕЛОНЕФРИТОМ**

Пиелонефрит – инфекционно – воспалительное заболевание почек с преимущественным поражением тубулоинтерстициальной ткани, чашечно – лоханочной системы и, нередко, вовлечением клубочков [1].

## **1.1. Этиология и патогенез пиелонефрита во время беременности**

Черты морфологических изменений в почках при пиелонефрите характерны наличием полиморфности и очаговости. Все изменения в почках воспалительного характера в самом носят очаговый характер, а затем постепенно приобретают диффузный характер. Почечная ткань, которая поражена воспалительным процессом может привести к нарушению обмена веществ в межклеточном организме. Пиелонефрит изначально представляет собой серозный процесс, далее он переходит в гнойный. По завершению воспалительного процесса в почках межуточная ткань не восстанавливается полностью, а на месте воспалительного очага в интерстициальной ткани начинает образовываться рубцовая ткань.

Для того, чтобы развился гнойный очаг недостаточно наличие единичного инфекционного очага. После проведения некоторых экспериментальных исследований были сделаны следующие выводы, которые доказали, что само введение большой дозы вирулентной микрофлоры в кровяное русло животных никак не способствует возникновению и развитию пиелонефрита. Исходя из этого, можно сделать вывод, что для возникновения воспаления в почечной ткани нужно присутствие определённых факторов. Результатом исследования явилось то, что главным фактором, играющим главную роль в возникновении и развитии пиелонефрита, является фактор нарушения уродинамики в мочевых путях, а также нарушение кровообращения

в самих почечных канальцах. Опыты с наложением на мочеточник лигатуры с последующим введением в кровяное русло животного культуры кишечной палочки привели к возникновению и развитию пиелонефрита в тех почках, на мочеточники которых накладывали лигатуры. Учёные пришли к выводу, что дисфункция уродинамических показателей мочевыводящих путей обуславливается действием таких факторов, как воздействие на организм женских половых гормонов: эстрогены, прогестероны. Под действием прогестерона, введённого подопытным животным происходит расширение лоханок почек, а также вызывает гипотонию и приводит к расширению верхней трети мочеточников, исходя из этого есть место появлению гипотонии и гипокинезии в верхних мочевыводящих путей. В ходе исследования у подопытных животных фиксировали наличие полнокровия коркового и мозгового вещества почек, а также развитие расширения извитых канальцев, где есть места с участками дистрофического процесса и некротического процесса, а также расширение собирательных канальцев и отёк мозгового вещества. Во время введения гормональных препаратов подопытным животным совместно с введением препаратов инфекционных агентов из мочи и почечных тканей высевалась кишечная палочка одинакового серотипа, что и был введён ранее. В результате лабораторных исследований были высеяны множественные гнойнички, а в результате микроскопического исследования выявили наиболее выраженный отёк стромы, местами отмечали некрозы извитых канальцев, а также отмечались больших размеров воспалительные инфильтраты, находящиеся в корковом и мозговом веществе. Делая вывод, можно сказать, что при условии гормонального нарушения почек возникают нарушения в гемодинамических показателях, таких как диффузный отёк стромы как коркового, так и мозгового вещества, а это подтверждает тот факт, что нарушение уродинамических и гемодинамических показателей совместно с персистенцией в организме инфекционных агентов способствуют возникновению и развитию пиелонефрита. Главными факторами, способствующими нарушению уродинамических и гемодинамических

показателей верхних мочевыводящих путей в период гестации является тотальная гормональная перестройка всего организма женщины.

Обычно пиелонефрит проявляет себя в течение первой беременности, что обусловлено несовершенством адаптационных организмов женщины. А так как ещё у нерожавшей женщины характерна упругость передней брюшной стенки, то это создаёт сопротивляемость матке, что приводит к сдавливанию мочеточника и стойкому расширению верхних мочевых путей [2].

Во период беременности меняется анатомия и функционирование почек:

1. Увеличение размеров почек. Почечные лоханки, чашечки и мочеточники постепенно расширяются (в основном справа), в результате действия прогестерона и сдавливания маткой мочеточников.
2. Пониженная перистальтика в мочеточниках и в мочевом пузыре.
3. Увеличение почечного кровотока и клубочковой фильтрации на 35 – 55%.
4. Замедление тока мочи, что приводит к развитию инфекции в мочевых путях.
5. Неполное освобождение мочевого пузыря, из – за воздействия гормонов в период беременности.
6. Повышение РН мочи, в результате чего имеет место глюкозурия.
7. Ослабленный сфинктер уретры.
8. Сниженная активность иммунной системы.

Основными возбудителями пиелонефрита являются грамотрицательные бактерии семейства энтеробактерий 60%, из которых первое место занимает кишечная палочка *Escherichia coli*, клебсиелла, протей и энтерококки 30%.

Основным путём распространения почечной инфекции является гематогенный путь, на втором месте – уриногенный (восходящий). Большое значение играет условно – патогенная флора.

Развитию пиелонефрита у беременных способствует анатомические строение и функциональное состояние мочеполовой системы женщины.

Инфицирование верхних мочевых путей женщины происходит из – за нарушения уродинамики нижних мочевых путей во время акта



мочеиспускания, также возникновению острого воспалительного процесса в почках у беременной женщины способствует стойкое нарушение уродинамических показателей верхних мочевых путей и расширение мочеточников и уростаз.

Факторами риска развития пиелонефрита у беременной являются:

- инфекции мочевых путей в анамнезе;
- наличие пороков развития почек и мочевых путей;
- наличие мочекаменной болезни;
- наличие воспалительных заболеваний женских половых органов;
- наличие бактериального вагиноза;
- патогенная и условнопатогенная микрофлора, её носительство;
- низкий социально – экономический статус женщины;
- наличие сахарного диабета у женщины;
- уродинамические нарушения, которые обусловлены беременностью.

## **1.2. Классификация и эпидемиология пиелонефрита**

Классификация пиелонефрита:

1. По количеству пораженных почек:
  - односторонний пиелонефрит;
  - двухсторонний пиелонефрит.
2. По условиям возникновения:
  - первичный пиелонефрит;
  - вторичный пиелонефрит.
3. По характеру течения:
  - острый пиелонефрит;
  - хронический пиелонефрит;
  - рецидивирующий пиелонефрит.
4. По пути проникновения инфекционного агента:

- гематогенный пиелонефрит;
  - восходящий (уриногенный) пиелонефрит.
5. По состоянию проходимости мочевыводящих путей:
- необструктивный пиелонефрит;
  - обструктивный пиелонефрит.
6. По форме:
- серозный пиелонефрит;
  - гнойный пиелонефрит;
  - апостематозный пиелонефрит;
  - карбункул почки;
  - абсцесс почки.
7. По фазе течения процесса:
- фаза активного воспаления;
  - фаза латентного воспаления;
  - фаза ремиссии.
8. По особенностям клинического течения в связи с возрастом, полом, сопутствующими заболеваниями и прочими факторами патогенеза:
- пиелонефрит новорождённых;
  - пиелонефрит пожилых;
  - пиелонефрит беременных;
  - пиелонефрит больных сахарным диабетом;
  - пиелонефрит больных с поражениями спинного мозга.
9. Исходы острого пиелонефрита:
- выздоровление;
  - хронизация процесса.
10. Исход хронического пиелонефрита:
- вторичное сморщивание почки;
  - пионефроз.

Возбудители инфекционного пиелонефрита – грамотрицательные или грамположительные бактерии, так же другие возбудители пиелонефрита - *Mycobacterium tuberculosis*, дрожжевые грибки.

У пациенток, у которых наблюдается обструкция мочевых путей, сахарный диабет, поликистоз почек, камни и функционирующим мочевым катетером высок риск возникновения тяжёлой инфекции.

У 40% женщин с пиелонефритом может развиваться гнойно – деструктивная форма воспаления.

Заболеваемость пиелонефритом проходит в 3 возрастных пика, эти пики сопряжены с полом. Первый и второй пик приходят на раннее детство и репродуктивный возраст (в основном женщины), что связано с особенностью строения мочеполовой системы женщины. Третий пик заболевания пиелонефритом приходит на пожилой и старческий возраст (в основном мужчины), это связано с тем, что начиная с 60 лет снижается функциональная активность предстательной железы и развитием в ней опухолевых процессов, что ведёт к нарушению уродинамических показателей.

Высокая распространённость пиелонефрита констатируется в секционных данных. Во время вскрытия пиелонефрит обнаруживают у 25 – 30% умерших от разных заболеваний, при условии, что у 20% из них заболевание не диагностировалось при жизни.

### **1.3. Клиническая картина пиелонефрита во время беременности**

Клиника пиелонефрита в период беременности может протекать в острой или хронической форме. При условии обострения хронического пиелонефрита у беременной женщины данное заболевание рассматривается как острый воспалительный процесс в организме. В разные триместры беременности пиелонефрит, соответственно, проявляет себя по – разному и определяют степень нарушения оттока мочи из верхних мочевыводящих путей. В первом триместре имеют место боли в поясничной области, которые могут

иррадиировать в нижний отдел живота, а также в область наружных половых органов. Для второго и третьего триместра присущи неинтенсивные боли [3].

Клиника острого пиелонефрита обусловлена симптомами общей интоксикации, субфебрилитет с признаками озноба и обильного потоотделения, отмечаются артралгии и миалгии, которые сочетаются с болями в поясничной области с иррадиацией в паховую область и бедро. Беременные отмечают некий дискомфорт во время мочеиспускания. При проведенном физическом обследовании врач отмечает положительный симптом поколачивания и напряжение мышц передней брюшной стенки.

При наличии хронического пиелонефрита у женщины он чаще всего протекает в виде бессимптомной бактериурии, а также может находиться на стадии ремиссии. Обострение хронического пиелонефрита в первом триместре встречается очень редко (4 – 6%), во втором триместре этот показатель высок (80%), в третьем триместре составляет 45%, а после родов – у 18 – 20%.

Для беременной женщины с пиелонефритом критические сроки приходятся на 22 – 28 недель, это обуславливается тем, что в период беременности с 22 по 28 неделю особо выражен гормональный всплеск (отмечается максимальный подъём концентрации глюкокортикоидных и стероидных гормонов в крови беременной).

У беременных течение острого пиелонефрита особо выражено, чем у родильниц. В первые дни местных проявлений может и не быть, либо будут слабо выраженными, затем появляются симптомы ломоты во всём теле, субфебрилитета, сильной головной боли, тошноты с рвотой, у женщины отмечают признаки обильного потоотделения с последующим понижением температуры вплоть до нормальных показателей, дыхание и пульс учащается, язык становится сухим. Женщина обычно вялая и адинамичная.

Именно симптом общей интоксикации организма затрудняет диагностику заболевания. Чаще всего, беременную с симптомами общей интоксикации госпитализируют в инфекционную больницу и ставят диагнозы пищевого отравления или же гриппа. Так беременным назначаются антибиотики и

различные химиопрепараты, поэтому лечение немного снижает выраженность симптомов пиелонефрита (у беременной снижается температура тела, улучшается общее состояние), но все эти мероприятия имеют кратковременный эффект. В результате чего более поздно всё – так устанавливают диагноз, и госпитализация беременной в урологический или акушерский стационар происходит несколько позже, чем могла бы быть.

Местными симптомами клинической картины пиелонефрита при беременности являются боль в поясничной области с иррадиацией в нижнюю часть живота, паховую область и бедро. Если боли постепенно усиливаются, то врач предполагает, что идёт процесс перехода воспалительного процесса на капсулу почки.

Женщина отмечает усиление болей в ночное время и если она долго находится на стороне больной почки, усиление болей также отмечается во время кашля и глубокого вдоха.

Бимануальное исследование даёт информацию о болезненности на стороне поражения, а также напряжение мышц живота. Некоторые женщины жалуются на признак сколиоза в область поражённой почки [4].

Гнойный процесс в почках может привести к перитонеальным признакам, что, в первую очередь, вызовет подозрение на острый холецистит или же на аппендицит.

#### **1.4. Диагностика пиелонефрита у беременных**

Диагностика пиелонефрита у беременных представляет некоторые трудности. А именно то, что беременность не даёт возможность проведения полноценного диагностического обследования (исключаются методы рентгенологического исследования, так как оказывают тератогенное действие на плод). Исходя из этого к ведущим диагностическим исследованиям относят клиническое наблюдение, лабораторное исследование, ультразвук и эндоскопический метод исследования.

Лабораторное исследование включает:

1. Общий анализ крови.

В крови беременных отмечают лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, а также отмечают признаки анемии.

2. Анализ мочи.

При пиелонефрите значительно изменяется весь состав мочи. При обнаружении патологической флоры в моче, забор проводят повторно и со взятием первой и второй порции. При обнаружении лейкоцитурии в первой порции мочи говорит о том, что воспалительный процесс локализуется в уретре или же в половых органах. При обнаружении лейкоцитурии в двух порциях мочи свидетельствует о том, что воспалительный процесс в мочевом пузыре или в верхнем отделе мочевыводящих путей.

Проба Нечипоренко в диагностировании пиелонефрита у беременных играет огромную роль. Так взятие порции мочи по методу Нечипоренко и обнаружение в этой порции лейкоцитурии указывает на пиелонефрит, а соотношение «активных» лейкоцитов к неактивным указывает на его активность.

Достаточно информативный метод исследования – бактериологическое исследование, которое выявляет не только бактериурию, но и помогает идентифицировать возбудителя инфекции и определить его чувствительность к антибиотикам.

3. Инструментальные методы.

Если врач предварительно ставит диагноз пиелонефрит, то необходимо определить степень нарушения оттока мочи из верхнего отдела мочевых путей, в этом врачу помогает наиболее точный метод диагностики – хромоцистоскопия, в послеродовом периоде возможно проведение метода экскреторной урографии.

Хромоцистоскопия выявляет наличие ранее существовавшего патологического очага (который персистировал в организме женщины ещё до беременности), или же метод помогает выявить произошло ли присоединение

инфекции во время беременности. Если первый триместр беременности характеризуется отсутствием своевременного выделения индигокармина из мочеточников, то это указывает на то, что патологический очаг персистировал в организме ещё до беременности.

Если есть признаки нарушения своевременного выделения индигокармина из устья мочеточников во втором или третьем триместре, то требуется катетеризация мочеточников с диагностической целью и с целью восстановления нарушенного оттока мочи из верхнего отдела мочевыводящих путей.

Так же экскреторная урография помогает отслеживать эвакуирование контрастного вещества, изменение тонуса верхних отделов мочевыводящих путей с признаками лейкоцитурии и бактериурии, что позволяет диагностировать пиелонефрит.

#### 4. Дифференциальная диагностика.

Дифференциация пиелонефрита от гломерулонефрита имеет особое значение, так как латентные формы пиелонефрита и гломерулонефрита протекают почти одинаково. Большую роль в дифференциальной диагностике играют анамнестические данные. Главным признаком, помогающим дифференцировать пиелонефрит от гломерулонефрита является то, что гломерулонефрит возникает до беременности, а пиелонефрит в большинстве случаев возникает в период беременности, во время самой беременности гломерулонефрит не обостряется, в то время как пиелонефрит в большинстве случаев обостряется во втором триместре беременности. При обострении пиелонефрита в первом триместре беременности говорит о том, что заболевание существовало ещё до беременности и имело бессимптомное течение.

Признаки протеинурии отмечаются как при пиелонефрите, так и при гломерулонефрите, но пиелонефриту характерна протеинурия меньше 1 г/л, в то время как показатели при гломерулонефрите значительно выше [5].

Гематурия характерна и для пиелонефрита, и для гломерулонефрита.

Исследование лейкоцитарной формулы мочи носит огромное дифференцированное значение, так при пиелонефрите обнаруживаются нейтрофильные лейкоциты, а при гломерулонефрите обнаруживают лимфоциты.

### **1.5. Лечение беременных с пиелонефритом**

Своевременно пролеченный пиелонефрит не несёт никакой опасности ни для женщины, ни для плода. Но при условии, что лечение было начато относительно поздно, то риски выкидыша значительно возрастают. По статистическим данным, если пиелонефрит не лечится, то возникает высокий риск внутриутробной гибели плода и даже при условии, что женщина с нелеченным пиелонефритом рождает, то такой ребёнок рождается с признаками внутриутробного инфицирования. Ещё одним из грозных осложнений пиелонефрита является то, что он может способствовать появлению гестоза [6].

Лечение пиелонефрита у беременных проводится с целью:

- купирования клинических симптомов заболевания;
- нормализации лабораторных показателей как крови, так и мочи;
- восстановления нормального функционирования мочевыделительной системы;
- профилактики рецидивов и осложнений пиелонефрита.

Одни из главных задач в лечении пиелонефрита:

1. Увеличить пассаж мочи, ликвидировать её застой.
2. Вывести из организма микробы и их токсины.
3. Санировать мочевые пути.

Во время назначения лечения не стоит забывать о влиянии лекарственных препаратов на плод.

Основными методами лечения пиелонефрита являются:



Приоритетным условием эффективного лечения пиелонефрита служит восстановление пассажа мочи, с этой целью женщине на мочеточник устанавливается катетер.

Основными препаратами, на которых основано лечение пиелонефрита являются антибиотики [7]. Но некоторые группы антибиотиков оказывают тератогенное влияние на плод, поэтому беременной показана очень узкая группа антибиотиков:

1. Цефалоспорины.
2. Пенициллины и его аналоги.
3. Макролиды.

Все эти группы антибиотиков проникают через плаценту в организм плода, но не оказывают никакого тератогенного влияния на него.

Соблюдение режима дня, труда и отдыха, а также питания являются одним из важнейших пунктов в лечении пиелонефрита.

При поступлении беременной в стационар с острым течением пиелонефрита, то ей назначается постельный режим в течение 4 – 8 дней, затем по наступлению реабилитационного периода рекомендованы пешие прогулки на свежем воздухе, которые способствуют улучшению оттока мочи из мочевыводящих путей. Спать женщине рекомендуют на противоположном боку от больной почки, так как это значительно улучшает отток мочи.

В период острой стадии пиелонефрита беременным рекомендовано обильное питьё (женщина должна выпивать до 3 литров в сутки), но если есть подозрение на гестоз, то потребление жидкости ограничивают до 1 литра в сутки.

Одними из самых эффективных физиотерапевтических методов лечения пиелонефрита у беременных являются:

- ультразвуковое исследование;
- гальванизация области почек;
- акупунктура;

К немедикаментозному методу лечения относят:

- полноценную витаминизированную диету (рекомендован арбуз, виноград, огурцы, дыня, груши, крыжовник, персики, чёрная смородина, морковь, свёкла);
- коленно-локтевое положение (на выполнение упражнения отводится 10–15 мин по 2 – 3 раза в день);
- сон на здоровом боку;
- диатермию околопочечной области;
- питьё низкоминерализованной воды и клюквенного морса.

Хирургическое лечение требуется в случае:

- если консервативная терапия не дала никакого эффекта, то прибегают к катетеризации мочеточников с целью восстановления нарушенного оттока мочи;
- если развивается гнойно – деструктивное воспаление.

## **1.6. Осложнения пиелонефрита во время беременности**

Всех беременных женщин с пиелонефритом и инфекцией мочевыводящих путей относят к группе риска внутриутробного инфицирования, невынашивания а также мертворождения и ранней неонатальной смертности.

Критические сроки беременности, в которые может обостриться пиелонефрит – 22 – 28 недели беременности (II триместр), риски формирования акушерских осложнений (угроза прерывания беременности, гестоз) и перинатальных осложнений (гипоксия плода, задержка развития плода) может возникнуть на сроках 21 – 31 неделю.

В большинстве случаев пиелонефрит способствует развитию анемии, которая, в свою очередь, осложняет течение не только всей беременности, но и родов и послеродового периода [8].

Пиелонефрит способствует увеличению частоты развития гестоза, преждевременных родов, хронической плацентарной недостаточности и гипотрофии плода и значительно повышает риски развития инфекционно-септических осложнений у матери.

Одними из самых частых осложнений пиелонефрита при беременности являются:

- угроза прерывания беременности;
- самопроизвольный аборт;
- преждевременные роды;
- гестоз;
- почечная недостаточность;
- септицемия и септикопиемия;
- инфекционно-токсический шок.

Но самым частым и грозным осложнением при пиелонефрите является гестоз, признаками которого являются повышенное артериальное давление, появление протеинурии, изменения сосудов глазного дна. Гестоз – частое осложнение беременности при пиелонефрите.

### **1.7. Профилактика осложнений пиелонефрита**

Есть общие рекомендации, которые имеют весомое значение в профилактике пиелонефрита, это такие рекомендации как:

- предотвращать переохлаждение организма;
- соблюдать диету и правильно питаться;
- соблюдать режим дня, труда и отдыха.

Возникновение пиелонефрита происходит в результате персистенции инфекционного агента в организме, поэтому необходимо уделять особое внимание во избежание инфицирования.

Во избежание развития воспаления в почках необходимо придерживаться следующих рекомендаций:

- выпивать не менее 2 литров воды в день;
- соблюдать гигиену половых органов; с
- придерживаться активного образа жизни;
- исключить алкоголь и курение;
- заниматься физическими нагрузками;
- регулярно пить витамины, назначенные врачом;
- постоянно сдавать анализы мочи и крови.

Первичная профилактика включает в себя мероприятия по лечению тех заболеваний, которые могут спровоцировать воспаление почек. К таким заболеваниям относят:

- цистит;
- уретрит;
- мочекаменная болезнь.

Вторичная профилактика направлена на предупреждение рецидива заболевания. Для предупреждения рецидива необходимо проведение профилактической лабораторной диагностики, для проведения которой сдаётся посев мочи на чувствительность к антибиотикам и сдаётся общий анализ мочи для своевременного выявления бактериурии [9].

Для профилактики острого пиелонефрита необходимо соблюдать следующие рекомендации как:

- своевременное лечение инфекционных заболеваний;
- регулярное прохождение профилактического медосмотра;
- регулярная сдача всех необходимых анализов;
- регулярное посещение гинеколога с целью исключения инфекционных заболеваний половых органов, которые могут протекать латентно;
- избегать переохлаждения организма;

- соблюдение питьевого режима;
- укрепление иммунной системы.

При условии соблюдения всех вышеперечисленных рекомендаций возможно предупреждение не только развития воспаления почек, но и предупреждение появления серьёзных осложнений, которые могут нести угрозу для здоровья матери и плода.

Профилактика хронической формы пиелонефрита, принцип которой заключается в предотвращении перехода воспаления в хроническую форму. Такая профилактика требует продолжительности антибактериальной терапии и наблюдение в диспансере в течение 1 года как минимум, так же необходимо строгое соблюдение схемы лечения, которая назначается врачом, так как очень часто незавершённое лечение является причиной перехода болезни в хроническую форму [10].

Подводя итоги, можно сказать, что основными мероприятиями по профилактике как хронического, так и острого пиелонефрита являются:

- вести активный образ жизни;
- соблюдать диету №7;
- своевременно опорожнять мочевой пузырь;
- регулярно заниматься гимнастикой, которая способствует расслаблению мышц тазового дна и укреплению стенок влагалища;
- регулярно посещать женскую консультацию и своевременно сдавать все необходимые анализы.

Беременным, с профилактической и диагностической целью назначаются 3 плановые госпитализации в стационар:

- первая госпитализация — до 12 недель беременности в I триместре беременности. Женщина находится в урологическом стационаре, где проводят тщательное исследование функционального состояния мочевыделительной системы и дают заключение о допустимости сохранения беременности и рекомендации по дальнейшему ведению, также женщину госпитализируют для уточнения диагноза,

функционального состояния сердечно-сосудистой системы, активности ревматического процесса, решение вопроса о сохранении беременности;

- вторая госпитализация – на 28 – 32 недели беременности, которая необходима в конце II триместра или в начале III триместра, так как именно в этот период нередко развивается острый пиелонефрит и присоединяются акушерские осложнения. Этот момент считается периодом наибольшей нагрузки на сердечно-сосудистую систему; в эти сроки проводят тщательное обследование больной, коррекцию проводимой терапии и лечение ФПН;
- третья госпитализация должна быть осуществлена за 2–3 недели до предполагаемых родов для подготовки женщин к родоразрешению, выработки тактики ведения родов.

Но есть ряд показаний, по которым беременная с пиелонефритом подлежит госпитализации незамедлительно:

- обострение пиелонефрита;
- присоединение гестоза;
- нарушение функционирования почек;
- подозрение на угрожающий выкидыш или угрожающие преждевременные роды;
- признаки гипоксии плода;
- бактериурия или лейкоцитурия не поддающаяся лечению.

## **ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ И ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПАЦИЕНТОК С ПИЕЛОНЕФРИТОМ**

### **2.1. Материалы и методы исследования**

Нами был проведен анализ 40 историй родов и обменно – уведомительных карт беременных, а также годовых статистических отчётов о заболеваемости и проведено анкетирование 20 – ти пациенток послеродового отделения на базе ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа» в период с марта 2019 года по май 2019 года.

Была разработана анкета с целью определения уровня информированности пациенток о причинах и факторах, способствующих развитию пиелонефрита (Приложение 1). В анкетировании приняли участие 20 рожениц с пиелонефритом в послеродовом отделении.

Методы исследования:

1. Теоретический - анализ литературных источников и интернет ресурсов.
2. Эмпирический – наблюдение, дополнительные методы исследования.
3. Биографический – анализ анамнестических сведений, изучение медицинской документации.

### **2.2. Результаты исследования**

По результатам анализа статистических данных частоты пиелонефрита у беременных в разных странах выявили следующие тенденции (количество заболевших в 2017 году отражено на рисунке 1).

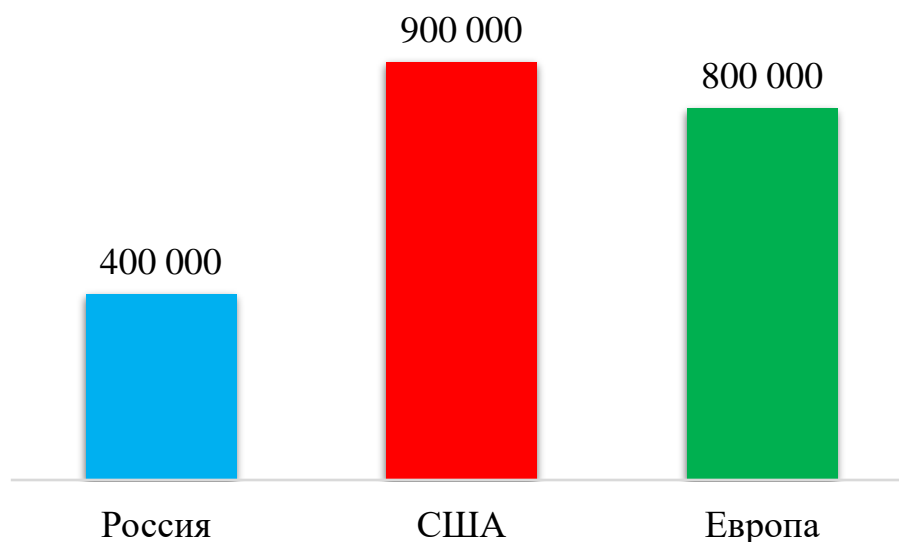


Рис. 1. Частота пиелонефрита у беременных в разных странах

По данным вице-президента Российского общества акушеров-гинекологов Радзинского Виктора Евсеевича, в структуре материнской смертности экстрагенитальные заболевания вышли на первое место (27 %), опередив акушерские кровотечения, встречающиеся в 25 % случаев.

По статистическим данным по Белгородской области частота заболеваний почек и мочевыводящих путей по отношению к общему количеству родов представлена на рисунке 2.



Рис. 2. Соотношение родов с заболеваниями почек и мочевыводящих путей к общему количеству родов в Перинатальном центре БОКБ за 2017-2018 гг.



При обработке историй родов и обменно – уведомительных карт проведен анализ различных показателей.

В первую очередь, нами проанализирован возраст пациенток (данные отражены на рисунке 3).

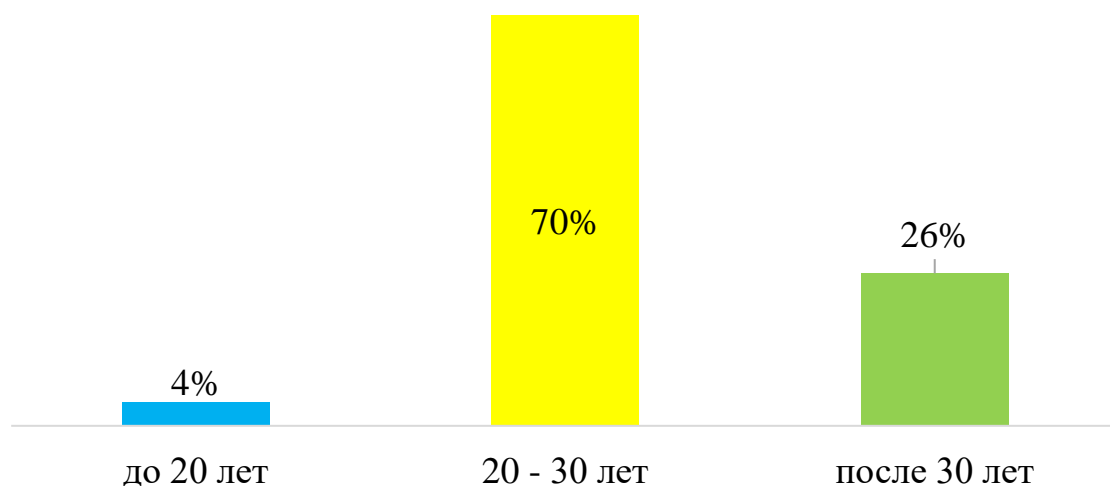


Рис. 3. Анализ возраста

На выше представленной диаграмме видим, что большая часть (70 %) женщин с пиелонефритом в детородном возрасте 20 – 30 лет, после 30 лет женщин с пиелонефритом гораздо меньше (26%), а в возрасте до 20 лет составляет 4%.

Из выборки историй определили процент замужних и незамужних женщин (диаграмма представлена на рисунке 4).

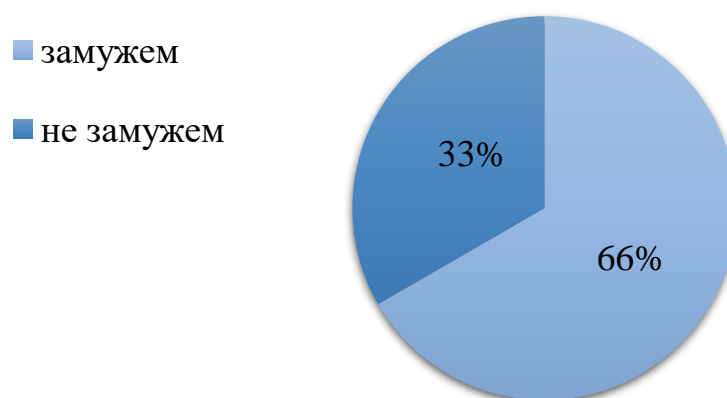


Рис. 4. Анализ семейного положения

Замужем 66% женщин, не замужем 33% женщин.

На рисунке 5 представлен процент работающих женщин и домохозяек.

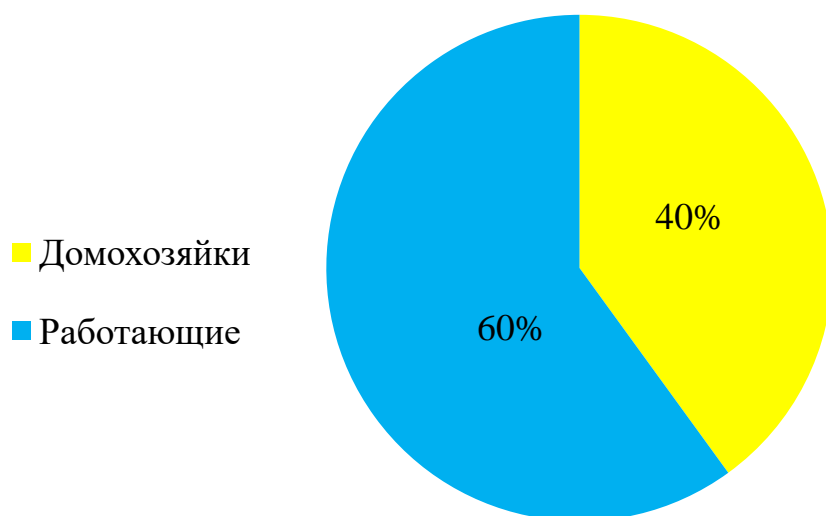


Рис. 5. Анализ места работы

Работающие женщины и домохозяйки встречались соответственно с частотой 60 и 40%.

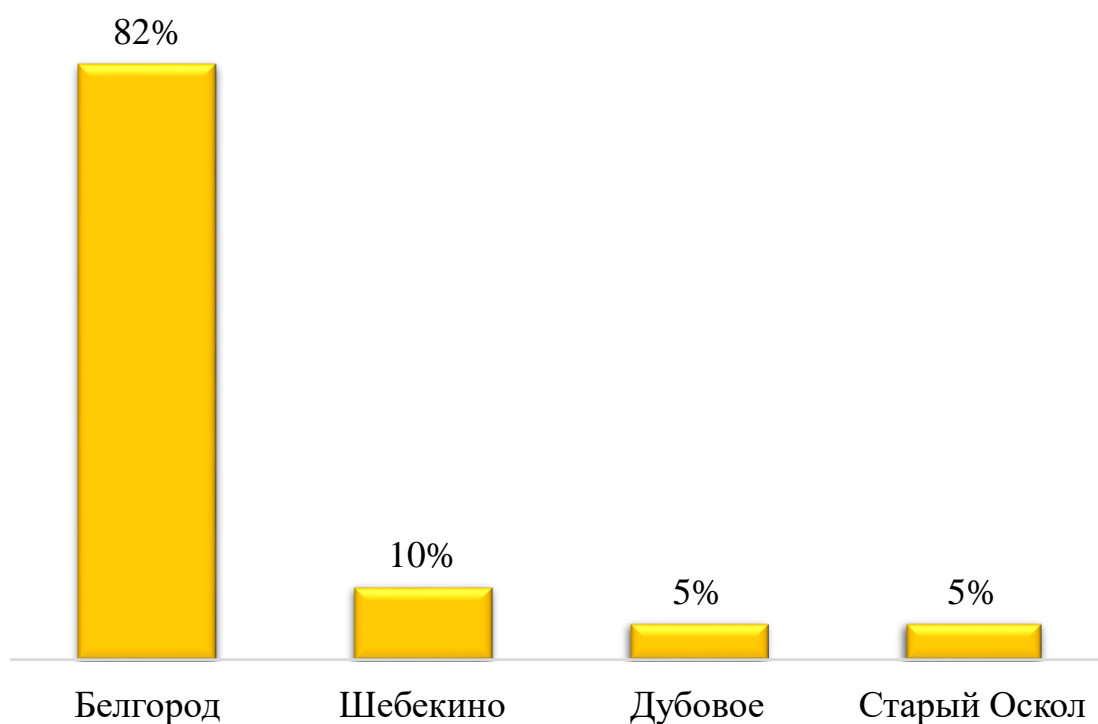


Рис. 6. Анализ места жительства

Данные о гинекологическом анамнезе представлены на рисунке 7.

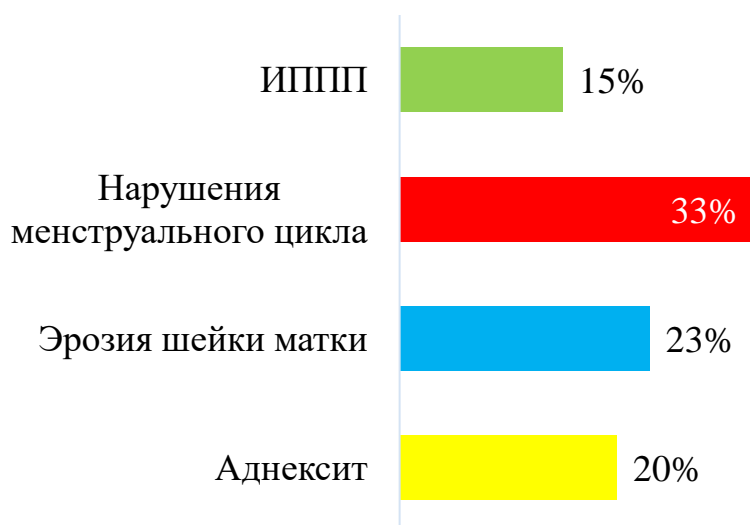


Рис. 7. Гинекологический анамнез

На рисунке 7 видим, что у 33% женщин в гинекологическом анамнезе преобладают нарушения менструального цикла, у 23% - эрозия шейки матки, аднексит у 20% и у 15% - инфекции, передающиеся половым путём.

Данные о количестве родов у беременных с пиелонефритом отражены на рисунке 8.

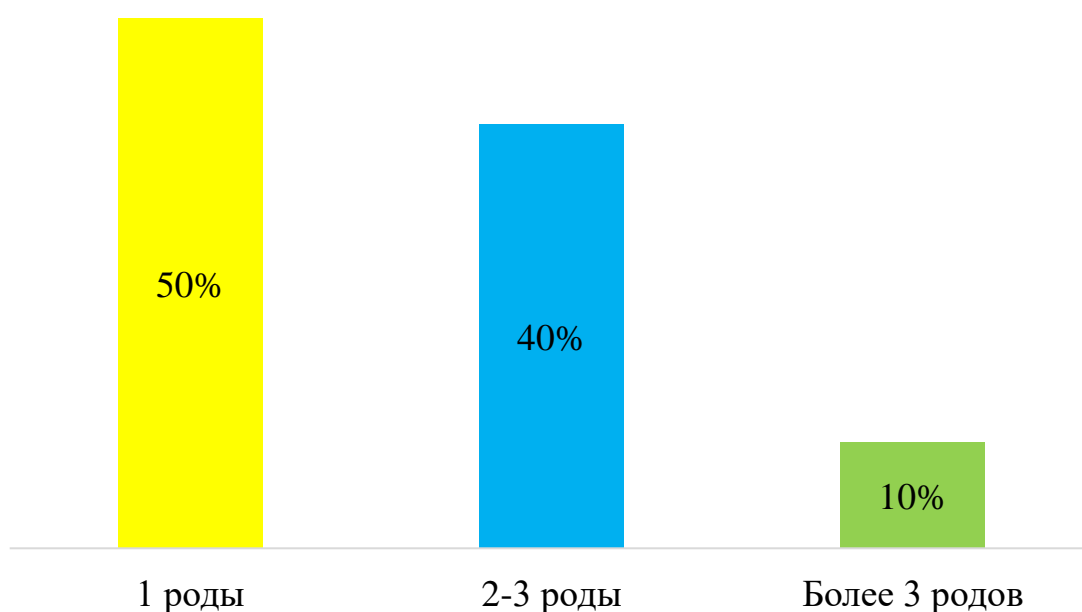


Рис. 8. Анализ количества родов у беременных с пиелонефритом

У половины женщин с пиелонефритом роды 1-е, у 40% - 2 и 3 роды, 10% женщин с пиелонефритом, у которых в анамнезе более 3-х родов.

При анализе обменно – уведомительных карт беременной и родильницы выявили частоту встречаемости гестационного и хронического пиелонефрита (данные представлены на рисунке 9).

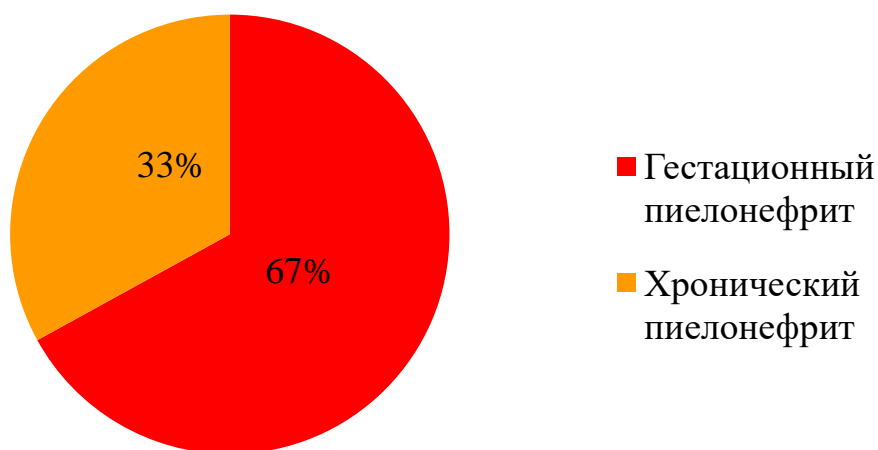


Рис. 9. Анализ частоты встречаемости гестационного и хронического пиелонефрита

В структуре заболеваний встретились хронический (33%) и в остальных случаях гестационный, т.е. возникший во время беременности, пиелонефрит.

Данные о встречаемости пиелонефрита в разные триместры представлены на рисунке 10.

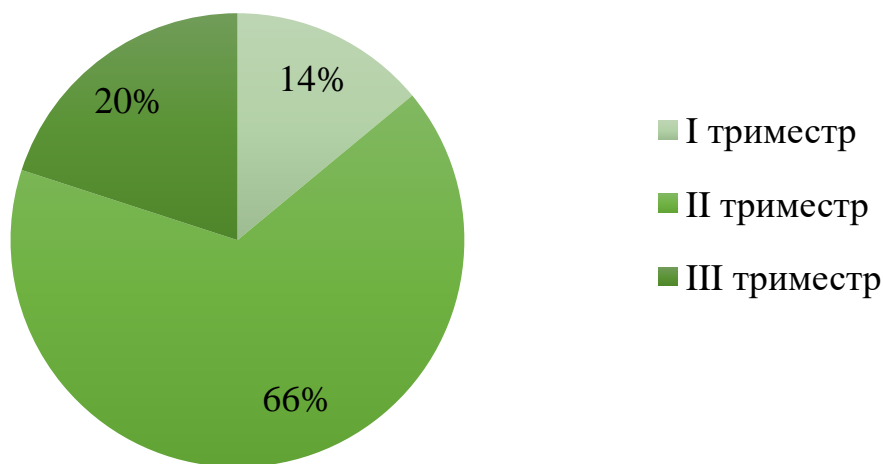


Рис. 10. Анализ частоты встречаемости пиелонефрита в разные триместры

Частота встречаемости обострения и возникновения пиелонефрита во II триместре (66%), в III триместре (20%) встречается гораздо реже, 14 % - в I триместре.

При оценке клинических симптомов пиелонефрита выявлено наличие субфебрильной температуры, этот показатель отражен на рисунке 11.

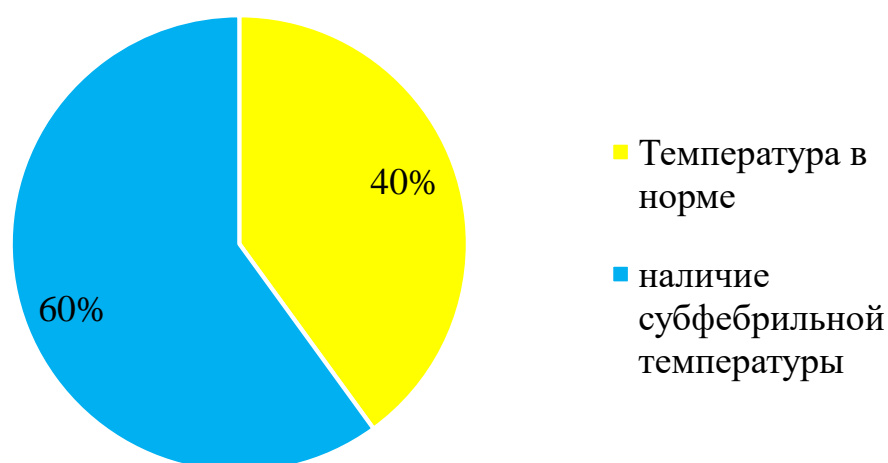


Рис. 11. Наличие температуры у пациенток с пиелонефритом

У 40% беременных в течение всей беременности температура была в норме, у 60% - отмечался субфебрилитет.

Данные о лабораторных показателях мочи представлены на рисунке 12.

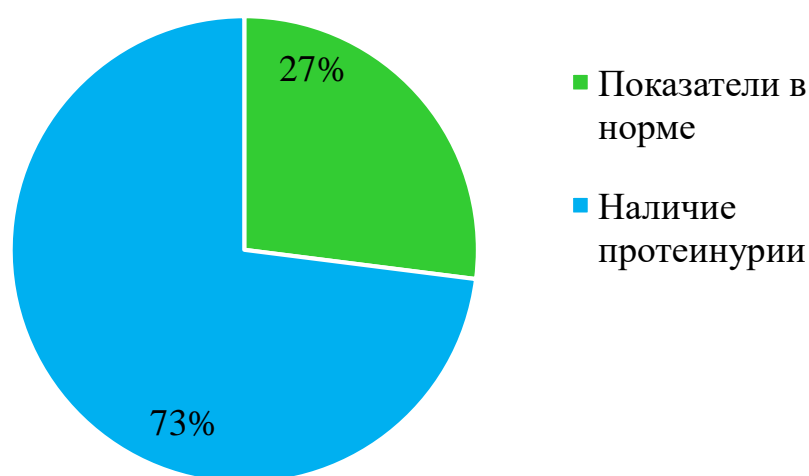


Рис. 12. Анализ частоты встречаемости протеинурии у пациенток с пиелонефритом

У 73% женщин в течение всей беременности отмечалась протеинурия, у 27% протеинурия не встречалась.

Анализ частоты встречаемости лейкоцитурии у беременных с пиелонефритом отражён на рисунке 13.

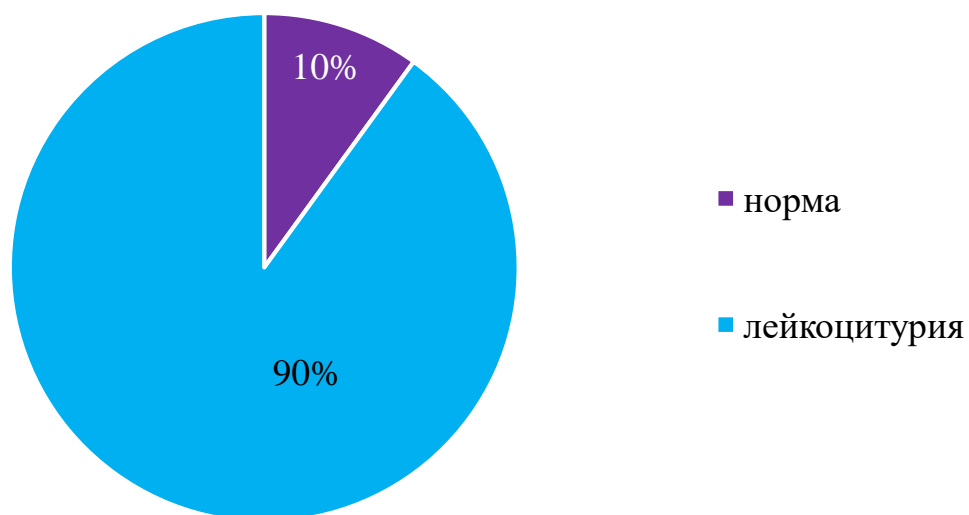


Рис. 13. Анализ частоты встречаемости лейкоцитурии у женщин с пиелонефритом

У 90% женщин во время беременности отмечалась лейкоцитурия. Данные о своевременности постановки на учёт представлены на рисунке 14.



Рис. 14. Срок постановки на учёт в женскую консультацию

83% женщин состояли на диспансерном учёте в женской консультации и в подавляющем числе случаев наблюдались с ранних сроков, что положительно характеризует работу амбулаторной службы.

Регулярность посещения женской консультации отражена на рисунке 15.

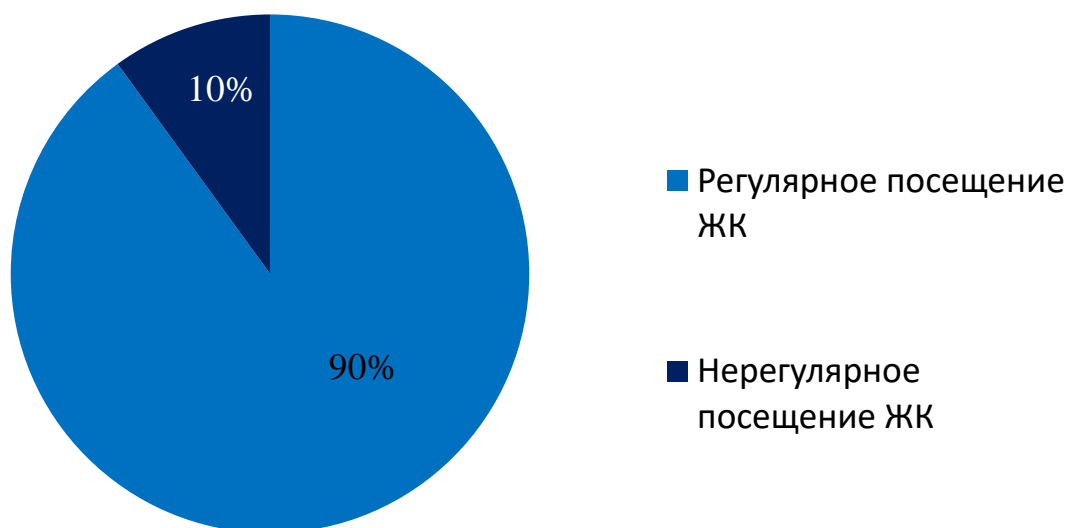


Рис. 15. Анализ регулярности посещения женской консультации

90% женщин регулярно наблюдались в женской консультации, что также положительно характеризует работу амбулаторной службы.

Частота плановых госпитализаций отражена на рисунке 16.

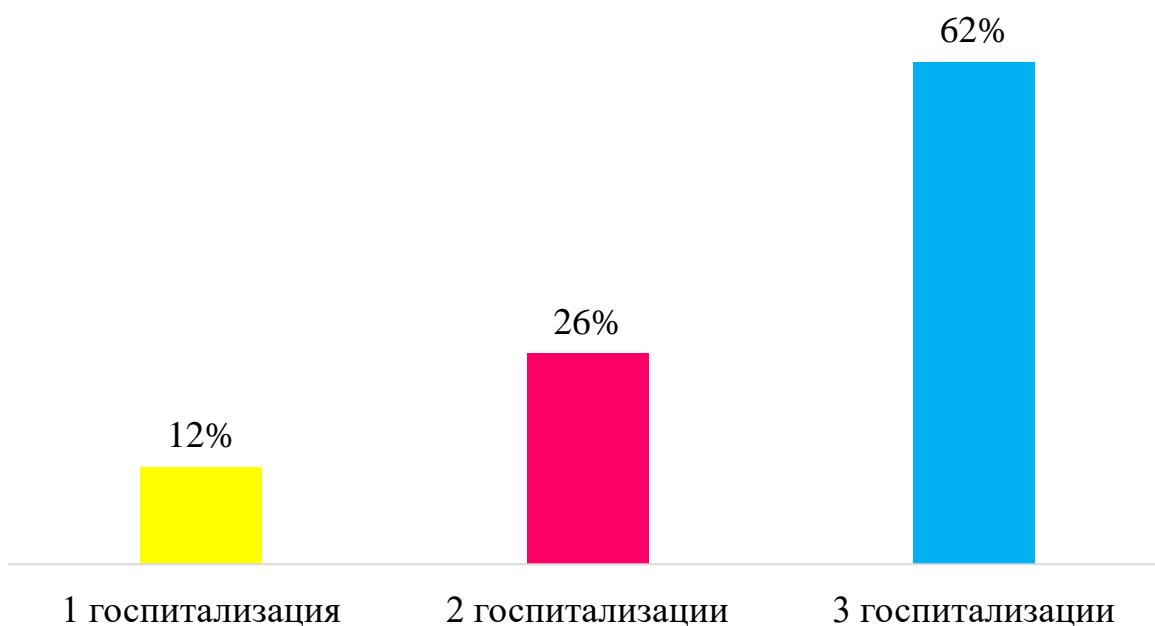


Рис. 16. Частота плановых госпитализаций за время беременности

Более половины (62%) женщин прошли все 3 плановые госпитализации, в два раза меньше (26%) женщин были госпитализированы двукратно и только 12 % женщин были госпитализированы единожды.

На рисунке 17 представлены данные о консультации нефролога, женщин с пиелонефритом.

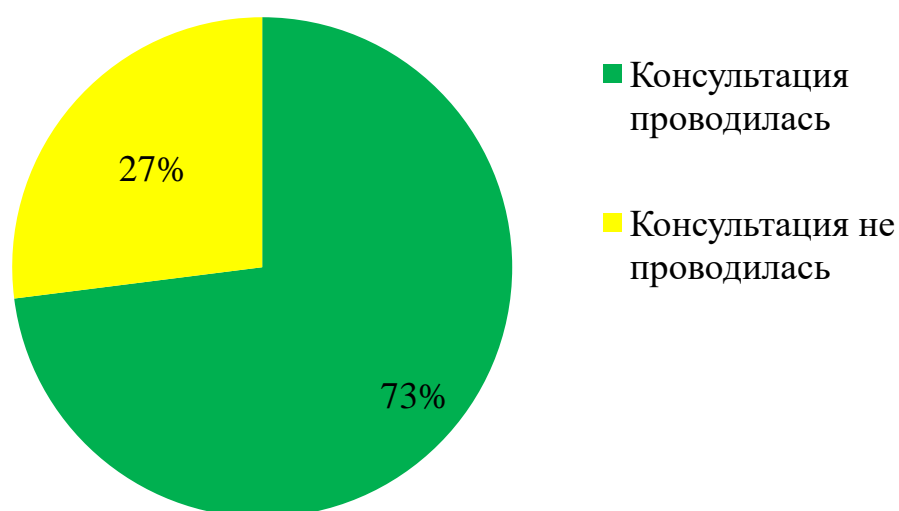


Рис. 17. Консультация нефролога

Большая часть женщин (73%) была проконсультирована у нефролога.

Анализ частоты и структуры осложнений во время беременности у пациенток пиелонефритом представлен на рисунке 18.

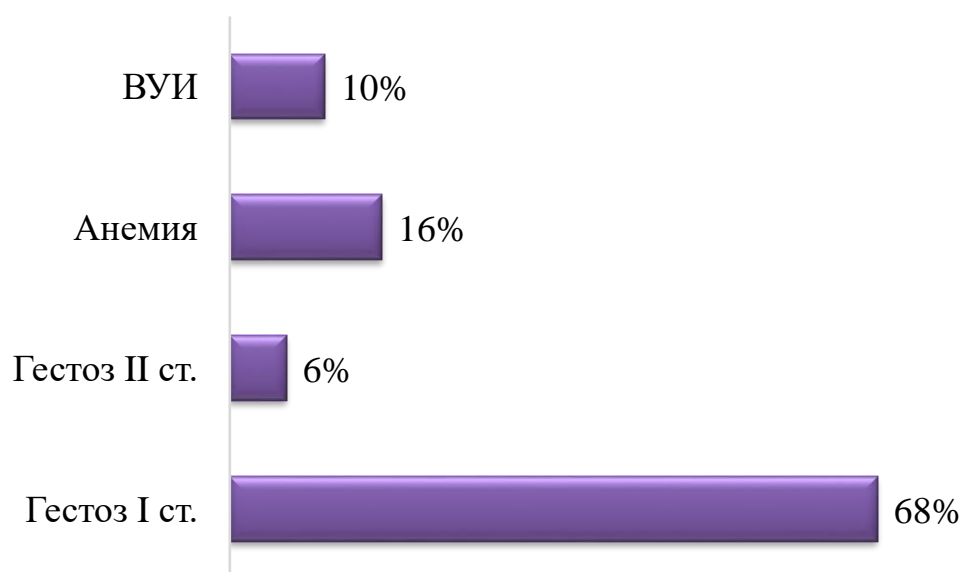


Рис. 18. Частота и структура осложнений в период беременности



Из осложнений беременности преобладали гестоз I степени (68%) и анемия (16%).

Статистические данные по способу родоразрешения отражены на рисунке 19.

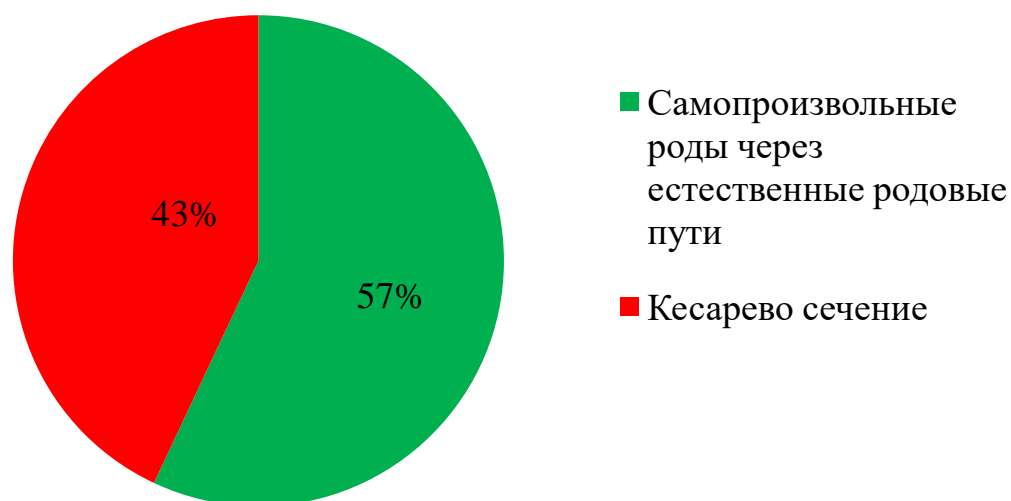


Рис. 19. Способ родоразрешения

Роды через естественные родовые пути произошли у более чем 55% женщин, 43% женщин было произведено кесарево сечение по акушерским показаниям, в том числе по нескольким.

Преобладающими показателями к проведению кесарева сечения оказались следующие причины (отражены на рисунке 20).

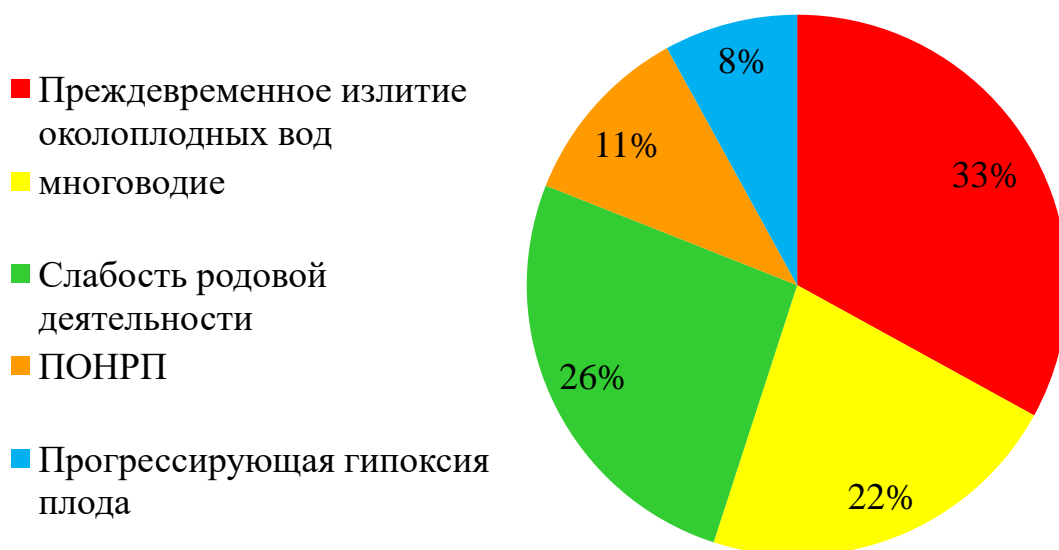


Рис. 20. Показания к кесареву сечению

Данные о массе новорождённых при рождении представлены на рисунке 21.

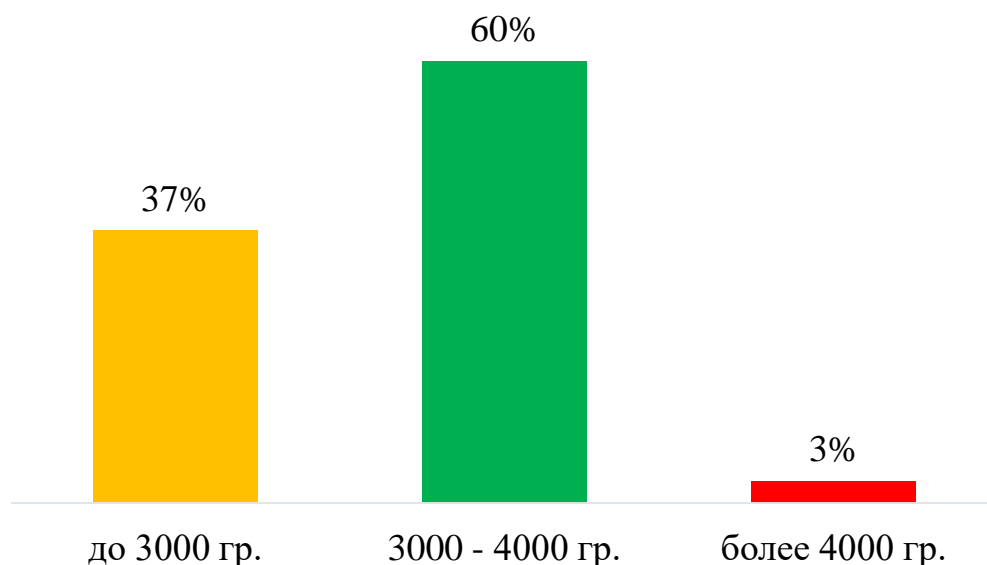


Рис. 21. Масса новорожденных при рождении

60% новорождённых были рождены весом 3000 – 4000 гр., 37% новорожденных с весом до 3000 гр., в основном при преждевременных родах, и только у 3% новорожденных масса тела составила более 4000 гр.

Оценка состояния новорождённого по шкале Апгар представлена на рисунке 22.

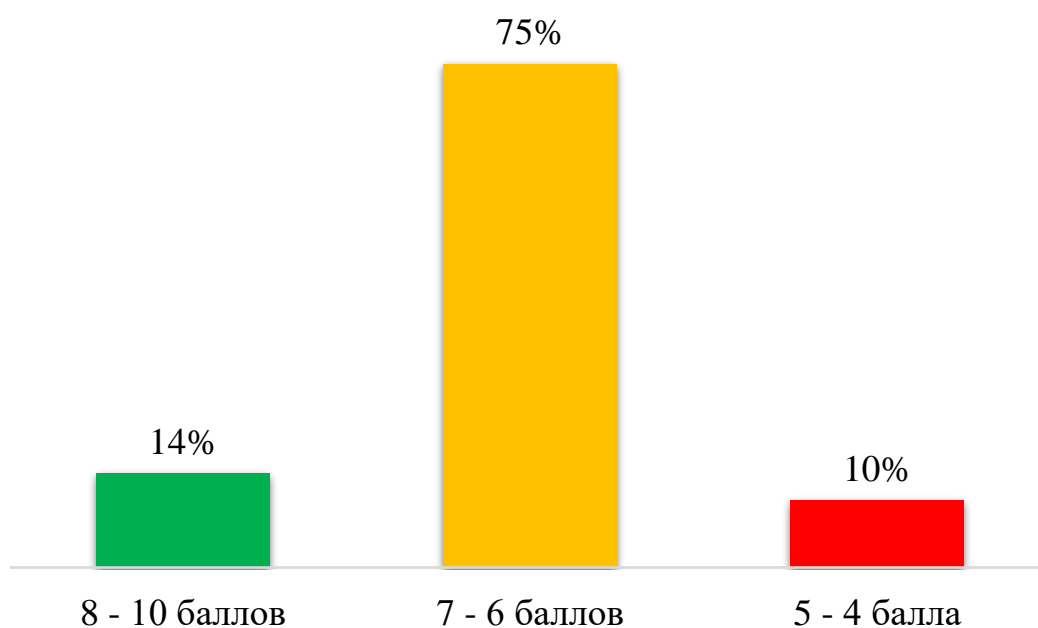


Рис. 22. Оценка состояния новорождённого по шкале Апгар

Состояние новорожденных по шкале Апгар было удовлетворительным у 14 %, у 75% деток отмечалась гипоксия легкой степени, и лишь у 10% деток отмечалась гипоксия средней степени, что отражает грамотное ведение родов и своевременную коррекцию состояния плода.

При анализе послеродового периода отклонений от нормального течения не выявлено. Все пациентки были выписаны под наблюдение участкового врача и акушерки в удовлетворительном состоянии.

По итогам анкетирования выяснилось, что большая часть анкетироваемых женщин с пиелонефритом (14 человек) в репродуктивном возрасте от 20 – 30 лет и лишь только 6 женщин с пиелонефритом старше 30 лет.

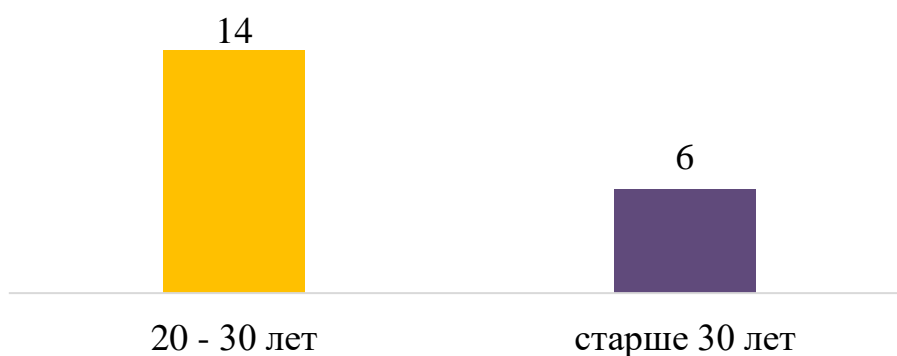


Рис. 23. Возраст анкетироваемых женщин с пиелонефритом

Выявили, что 13 женщин не знают о том, какие причины приводят к возникновению пиелонефрита и что частое возникновение инфекционных заболеваний может приводить к хронизации пиелонефрита.

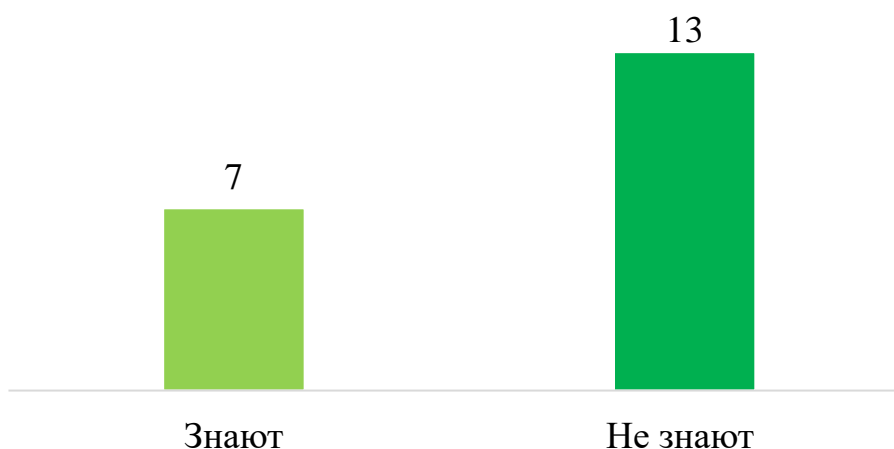


Рис. 24. Ответы респондентов на вопрос о возможных осложнениях после возникновения пиелонефрита и его перехода в хроническую форму

У 4 респонденток есть дефицит знаний по особенностям пищевого рациона при пиелонефрите или же женщины не придерживаются диеты, которая была рекомендована врачом на период беременности.

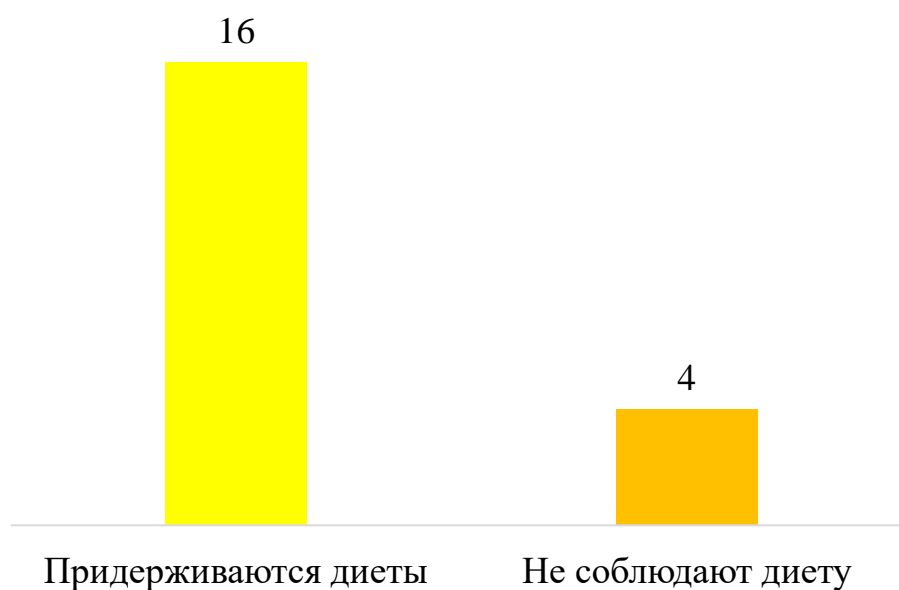


Рис. 25. Ответы респонденток на вопрос по соблюдению диеты назначенной врачом

На вопрос о регулярном приёме лекарственных препаратов 20 женщин придерживаются рекомендаций и правил приёма лекарственных средств.

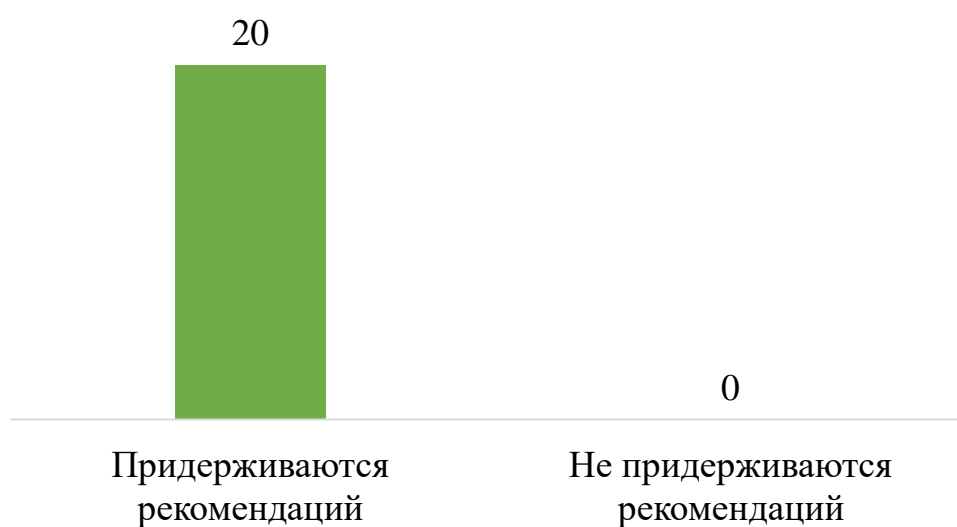


Рис. 26. Ответы респонденток на вопрос о регулярном приёме лекарственных препаратов

На вопрос по выполнению принципов личной гигиены 16 респондентов ответили, что соблюдают принципы ежедневного гигиенического ухода, а 4 женщины ответили, что не считают этот вопрос принципиальным.

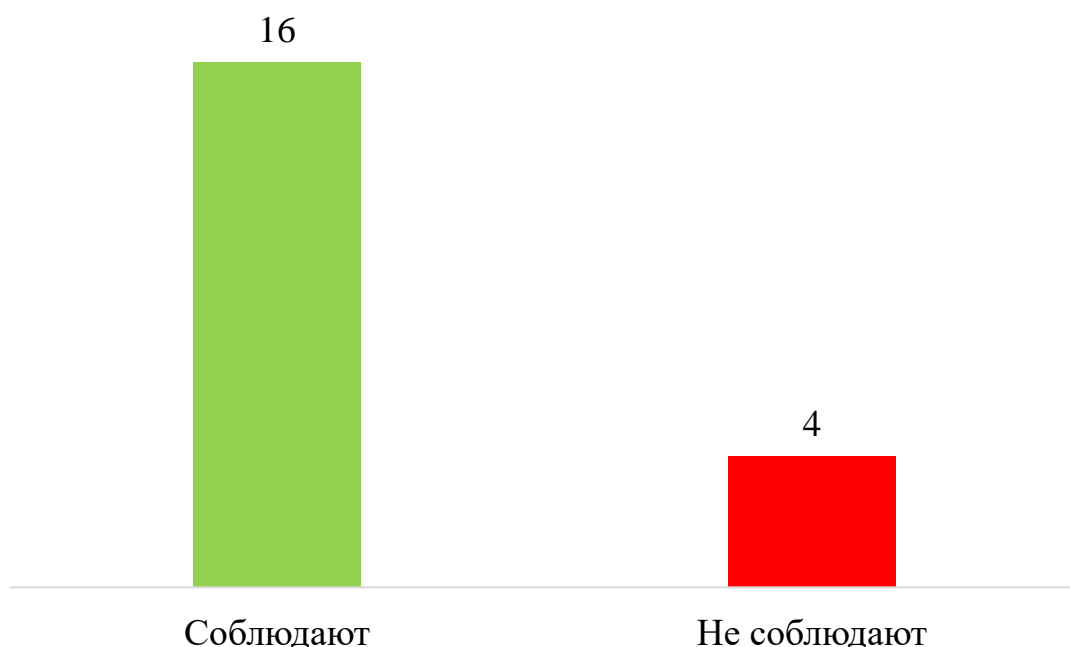


Рис. 27. Соблюдение ежедневного гигиенического ухода респондентками

18 опрошенных женщин не знают о том, что при пиелонефрите необходимо выполнение специального комплекса ЛФК.

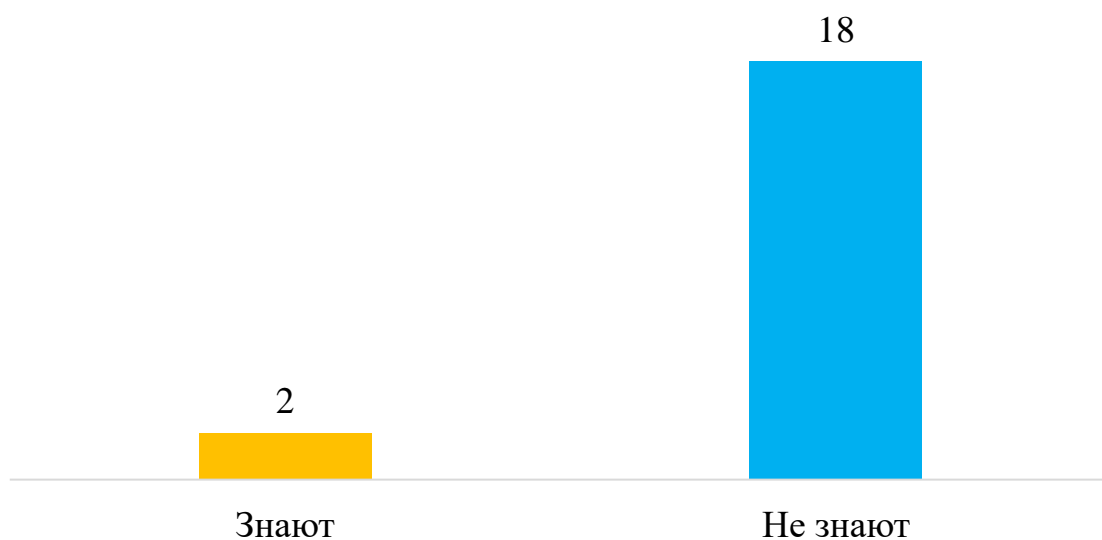


Рис. 28. Ответы респонденток на вопрос о том, знают ли они что при пиелонефрите необходимо выполнение специального комплекса ЛФК

У 12 женщин выявлен дефицит знаний о мерах профилактики пиелонефрита.

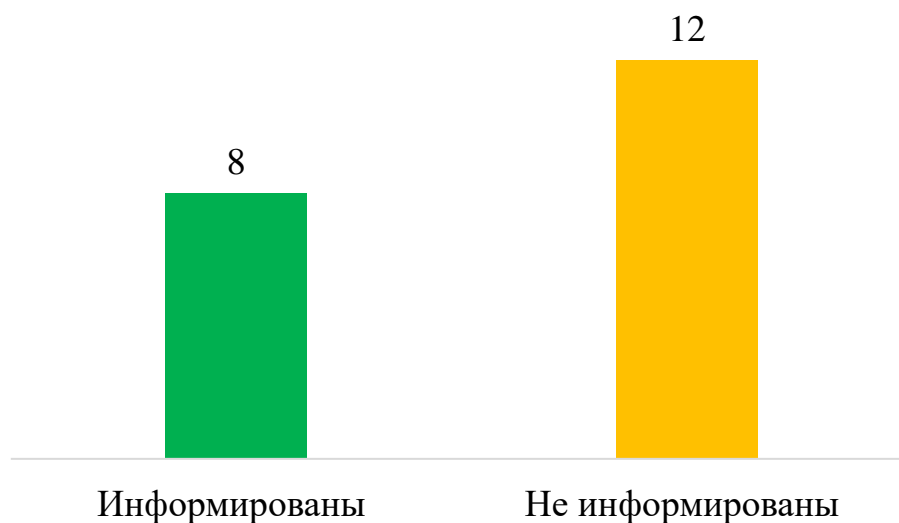


Рис. 29. Информированность женщин о мерах профилактики возникновения пиелонефрита

Из опрошенных 20 женщин все состояли на диспансерном учёте и все были осмотрены терапевтом.

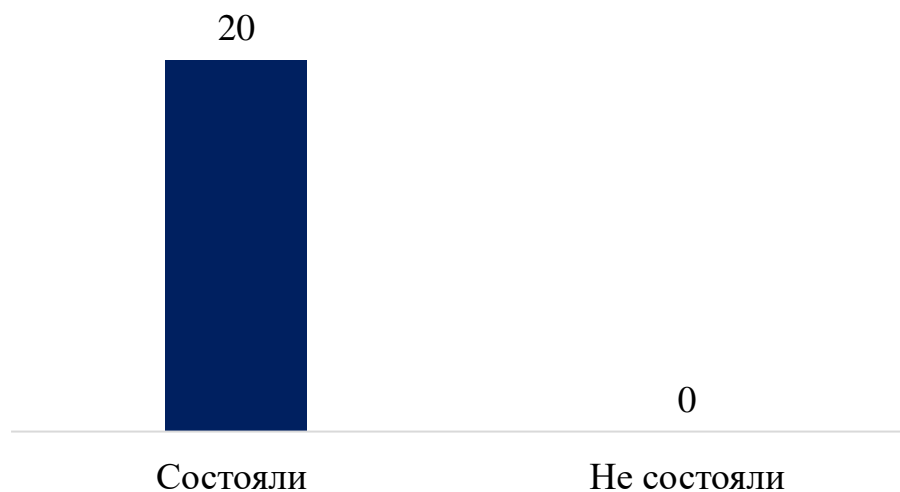


Рис. 30. Ответы респонденток на вопрос о диспансерном учёте и об осмотре их терапевтом

По результатам исследования нами были сделаны следующие выводы:

1. Пациентки с пиелонефритом сталкиваются со множеством вопросов по поводу своего заболевания, в связи с чем для устранения дефицита

знаний по основному заболеванию нами были составлены рекомендации (Приложение 2).

2. На течение заболеваний почек выраженное влияние оказывают особенности водного и пищевого режима, что послужило поводом для создания рекомендаций по питанию, которые представлены в Приложении 3.

3. Нами было разработано видео, включающее упражнения, целью которых служит улучшение пассажа мочи у женщины (Приложение 4).

Изученные нами анамнестические данные служат основанием для определения беременных в соответствующие группы риска и проведения профилактических мероприятий, которыми являются:

- профилактические госпитализации в критические сроки беременности;
- проведение противовоспалительной антирецидивной терапии с применением растительных препаратов;
- определение внутриутробного состояния и своевременное лечение гипоксии плода;
- профилактика сочетанного позднего гестоза;
- рекомендации по диете, водному и общему режиму, физической активности;
- дородовая госпитализация.

По данным анкетирования родильниц и анализа обменно – уведомительных карт определено, что профилактические госпитализации во время беременности проведены не во всех случаях и не всегда из – за отказа беременной, а также рекомендации по питанию и режиму так же не были конкретными во всех случаях.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Нами была изучена тема «Профессиональная деятельность акушерки в профилактике осложнений беременности и родов при пиелонефрите». В результате изучения темы и проведённого нами исследования мы выполнили поставленную цель – изучили особенности течения беременности и родов у пациенток с пиелонефритом. В результате изучения и проведённого исследования, мы решили следующие задачи:

1. Изучили теоретические аспекты по вопросам влияния пиелонефрита на течение всей беременности и родов.
2. Провели анализ полученных данных в ходе обработки историй.
3. Выработали необходимые рекомендации по вопросам профилактики вероятных осложнений при пиелонефрите для акушерки и для беременных.

Подтвердили актуальность выбранной темы, а именно то, что пиелонефрит у беременных на данный момент представляет наиболее распространённую патологию (45%), а следовательно выявили, что главной задачей акушерки является профилактика и предупреждение возникновения пиелонефрита, которая включает в себя проведение с беременными женщинами санитарно – просветительной работы как в женской консультации, так и в самом стационаре, беседы с женщинами, которые находятся на этапе планирования беременности, так как информационная составляющая у них значительно страдает.

Таким образом, очевидно, что своевременная профилактика осложнений беременности и родов при пиелонефрите во многом зависит от профессионализма акушерки.

Проведённое исследование показало, что санитарно – просветительные мероприятия по профилактике пиелонефрита у беременных реализуются не в полной мере, поэтому следует уделять больше внимания информированию беременной по вопросам режима дня, диеты, питьевому режиму,



своевременной постановке беременной на учёт, а также не стоит забывать о роли ЛФК в лечении заболеваний почек и мочевыводящих путей.

В связи с этим, нами разработаны рекомендации по питанию при наличии пиелонефрита, по водному режиму и даны рекомендации по показаниям, противопоказаниям, технике проведения ЛФК.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вёрткин А.Л., Неотложная медицинская помощь на догоспитальном этапе [Электронный ресурс] : учебник / А. Л. Вёрткин, Л. А. Алексанян, М. В. Балабанова и др. ; под ред. А. Л. Вёрткина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 544 с. - ISBN 978-5-9704-3579-3 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970435793.html>
2. Гордовская Н.Б., ИНФЕКЦИЯ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ [Электронный ресурс] / Н.Б. Гордовская, Н.Л. Козловская - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - ISBN -- - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/970411742V0040.html>
3. Дзигуа М.В., Акушерство [Электронный ресурс] / М. В. Дзигуа, А. А. Скребушевская - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 304 с. - ISBN 978-5-9704-2761-3 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970427613.html>
4. Дзигуа М.В., Физиологическое акушерство [Электронный ресурс] / М. В. Дзигуа - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 432 с. - ISBN 978-5-9704-3101-6 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970431016.html>
5. Казачков Е.Л., Основы патологии: этиология, патогенез, морфология болезней человека [Электронный ресурс] : учебник / Е.Л. Казачков [и др.]; под ред. Е.Л. Казачкова, М.В. Осикова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 416 с. - ISBN 978-5-9704-4052-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970440520.html>
6. Нечаев В.М., Лечение пациентов терапевтического профиля [Электронный ресурс] : учебник / В.М. Нечаев, Л.С. Фролькис, Л.Ю. Игнатюк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 864 с. - ISBN 978-5-9704-4013-1 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970440131.html>
7. Прилепская В.Н., Руководство по акушерству и гинекологии для фельдшеров и акушеров [Электронный ресурс] / Под ред. В.Н. Прилепской, В.Е. Радзинского - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 688 с. - ISBN 978-5-9704-0425-6 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970404256.html>

8. Радзинский В.Е., Акушерство [Электронный ресурс] : учебник для акушерских отделений средних специальных медицинских учебных заведений / Под ред. В.Е. Радзинского - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - ISBN 978-5-9704-0592-5 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970405925.html>
9. Сединкина Р.Г., Сестринская помощь при заболеваниях мочевыводящей системы [Электронный ресурс] : учебное пособие / Сединкина Р.Г. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-2162-8 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970421628.html>
- 10.Струков А.И., Патологическая анатомия [Электронный ресурс] : учебник / Струков А. И., Серов В. В. - М. : Литтерра, 2010. - 848 с. - ISBN 978-5-904090-26-5 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785904090265.html>

## **ПРИЛОЖЕНИЯ**

### Анкета

Здравствуйте, я студентка выпускной группы медицинского колледжа.

Для проведения исследования в рамках написания дипломной работы об особенностях течения беременности и родов у женщин с пиелонефритом, прошу Вас ответить на вопросы анонимной анкеты.

Укажите Ваш возраст \_\_\_\_\_ лет.

Знаете ли Вы о возможных осложнениях пиелонефрита?

- ☐ Да
- ☐ Нет

Знаете ли Вы, что частое возникновение инфекционных заболеваний может привести к возникновению хронического пиелонефрита?

- ☐ Да
- ☐ Нет

Соблюдаете ли Вы диету, назначенную врачом?

- ☐ Да
- ☐ Нет

Принимаете ли Вы лекарственные препараты, назначенные врачом?

- ☐ Да
- ☐ Нет

Соблюдаете ли Вы ежедневный гигиенический уход?

- ☐ Да
- ☐ Нет

Знаете ли Вы о необходимости выполнения специального комплекса ЛФК при пиелонефрите?

- ☐ Да
- ☐ Нет

Знаете ли Вы о мерах профилактики возникновения пиелонефрита?

- ☐ Да

☐ Нет

Состояли ли на диспансерном учёте по поводу пиелонефрита?

☐ Да

☐ Нет

Регулярно ли осматривались терапевтом? Если нет, то почему (укажите причину)

☐ Да

☐ Нет

☐

---

Спасибо за внимание!

## Памятка по основам профилактики пиелонефрита во время беременности

### ПРОФИЛАКТИКА ПИЕЛОНЕФРИТА В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ

Беременным, с профилактической и диагностической целью назначаются 3 плановые госпитализации в стационар:

1. **ПЕРВАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ** — до 12 недель беременности в I триместре беременности. Проводится исследование функционального состояния мочевыделительной системы и дается заключение о допустимости сохранения беременности и рекомендации по дальнейшему ведению беременности.
2. **ВТОРАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ** - в сроки 28–32 недели беременности, необходима в конце II триместра или в начале III триместра, так как именно в этот период нередко развивается острый пиелонефрит и присоединяются акушерские осложнения.
3. **ТРЕТЬЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ** - должна быть осуществлена за 2–3 недели до предполагаемых родов для подготовки женщин к родоразрешению, выработки тактики ведения родов.

#### СИМПТОМЫ ПИЕЛОНЕФРИТА



При появлении симптомов немедленно обратиться к врачу!

#### ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПИЕЛОНЕФРИТА

- Невынашивание плода
- Гестоз
- Послеродовый сепсис
- Гипотрофия плода
- Внутриутробное инфицирование плода

#### СЛЕДУЕТ СОБЛЮДАТЬ СЛЕДУЮЩИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ:

- придерживаться активного образа жизни;
- соблюдать диету (при наличии заболеваний мочеполовой системы придерживаться диеты № 7);
- следить за регулярностью мочеиспускания;
- заниматься гимнастикой, способствующей расслаблению мышц тазового дна и укреплению стенок влагалища;
- стоять на учете в женской консультации и регулярно сдавать все необходимые анализы;
- не переохлаждать организм;
- укреплять иммунную систему.

## РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ПРОДУКТЫ ДЛЯ ДИЕТЫ №7

ХЛЕБ И МУЧНЫЕ  
ИЗДЕЛИЯ



РЫБА НЕЖИРНЫХ СОРТОВ



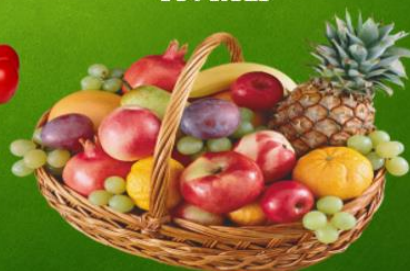
МОЛОКО И МОЛОЧНЫЕ  
ПРОДУКТЫ



ОВОЩИ И ЗЕЛЕНЬ



ФРУКТЫ



НАПИТКИ



СЪЕДАТЬ ПО 1 – 2 ЯЙЦА В ДЕНЬ





**Видеоролик «ЛФК во время беременности для профилактики обострения пиелонефрита».**

Длительность 4 минуты, характеризует показания и противопоказания к проведению ЛФК во время беременности, а также демонстрирует гимнастический комплекс, состоящий из 9 упражнений.